

Protokol o zdravotní způsobilosti dítěte

Informace o dítěti vyplňuje zákonný zástupce.

Příjmení dítěte		Jméno dítěte	
Trvalé bydliště ulice:			
Město:	Část města:	Č. popisné	Č. orientační:
PSČ	Telef. kontakt:	E-mail:	
Narození dítěte datum:		Zdravotní pojišťovna:	

Poskytovatel služby Mateřská škola Profa z.s., dle zákonné normy vyžaduje pro umístění dítěte zákonným zástupcem do registrované dětské skupiny při MPS V ČR údaj o tom, že se dítě podrobilo schváleným pravidelným očkováním, nebo že je proti nákaze imunní, nebo že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

Vyjádření pediatra:

Vystaveno dne:

Razítko a podpis: